



**XIII Encuentro Iberoamericano de Valoración y Gestión de Cementerios Patrimoniales**  
**y**  
**V Jornadas Nacionales de Patrimonio Simbólico en Cementerios**

**MORTALIDAD INFANTIL Y MODALIDADES PARTICULARES DE REGISTRO  
EN EL PUEBLO DE AZUL, PROVINCIA DE BUENOS AIRES HACIA FINES DEL  
SIGLO XIX Y PRINCIPIO DEL XX**

**Sandra Gabriela Adam, Maria Amanda Caggiano, Silvia Carrasquero y Gabriel Eilers**

**PALABRAS CLAVES**

Paleodemografía, mortalidad infantil, registro, salud, Azul

**RESUMEN**

Este trabajo es una aproximación a las condiciones sociales existentes a fines del siglo XIX y principio del siglo XX en el Pueblo de Azul, Provincia de Buenos Aires. Tomando a la mortalidad infantil como uno de los indicadores socio-económicos de la calidad de vida de la población. Seleccionamos dos períodos históricos, el primero abarca de 1868 a 1872 y el segundo de 1910 a 1915. Relevándose un total de 1651 decesos en la población, cuyo rango etario abarcó de 0 a 12 años de edad, utilizándose actas parroquiales y libros de asiento de defunciones de la parroquia y necrópolis que funcionaban entonces. Esta elección se fundamenta en la estrecha vinculación existente entre la Tasa de mortalidad y los indicadores que investigamos, reconociendo la íntima y recíproca influencia entre salud y los componentes demográficos. Las patologías seguidas de muerte en una población no se consideran hechos casuales. Estos eventos negativos son predecibles con sólo el juicio de aquellos factores que condicionan un aumento de vulnerabilidad para el padecimiento de un daño definido, por tal motivo se estudiaron las causas de muerte detectando particularidades en el registro que influyó en la reconstrucción socio-sanitaria, de dos épocas muy diferentes.

## INTRODUCCIÓN

La demografía histórica puede definirse como la aplicación, a las poblaciones del pasado, de los métodos y conceptos que se usan para el estudio de las poblaciones contemporáneas. La clasificación de las fuentes de información usando la gradación: “época pre-estadística”, “época proto-estadística” y “época estadística” - también usual en la historia económica - demarca en forma precisa las posibilidades de aplicación de dichos métodos y conceptos. Con fuentes de tipo “preestadístico” la demografía histórica encuentra límites serios y resulta virtualmente impracticable; no es posible ir más allá de la simple indicación de algunos rasgos descriptivos (y a menudo inseguros) sobre la población. La demografía histórica surgió pues como un derivado de la demografía sin más. El recurso de datos históricos se originó en preguntas y preocupaciones científicas muy específicas. (Héctor Pérez Brignoli, 2004)

Dicho en otros términos: la demografía histórica europea y norteamericana nunca fue propuesta como una disciplina independiente, aplicable a todo tiempo y lugar. La demografía histórica como un campo de estudios interdisciplinario y especializado se constituyó recién a mediados del siglo XX. Teniendo en cuenta las diferentes modalidades que se tuvieron para la toma de datos demográficos, en el siglo XIX y principios del XX (época pre y proto-estadística), pretendemos en esta comunicación interpretar los mismos a partir de tratamientos estadísticos y medicina tradicional, lo más ajustada a la realidad para poder arribar a reconstrucciones *paleodemográficas* fiables de las condiciones de salubridad existentes en dos períodos históricos que fueron relevados en el pueblo de Azul, provincia de Buenos Aires.

El primer período abarca del año 1868 a 1872 y el segundo entre los años 1910 y 1915; en ambos solo se trabajó con causas de muerte de la población infantil dentro del rango etario que abarcó de 0 a 12 años. Estas variables se fundamentaron en la estrecha vinculación existente entre los indicadores sociohistóricos y políticos, y las posibles causas de mortalidad infantil.

Es indudable la íntima y recíproca influencia entre salud y los componentes demográficos regionales, especialmente si se refiere a los aspectos cualitativos y cuantitativos; que están condicionados por el nivel socioeconómico e histórico que incidieron en forma directa.

Debido al recorte temporal del trabajo, las denominadas hoy patologías de la pobreza (desnutrición, infecciones, causas respiratorias, muertes neonatales y malas condiciones en el nacimiento) eran frecuentes para la época.

Medir los decesos se ha tornado una práctica esencial dentro de la evaluación de la salud de una población, considerada como la instancia final de una cadena de eventos. Este tipo de estudio nos permite hacer inferencia acerca del pasado de una población por ser el reflejo fiel de lo que ocurrió en su medio circundante, entendiendo por este último a la unidad familiar y medio sociocultural de pertenencia. (Mercer, 1997)

Las patologías seguidas de muerte de una población no se consideran hechos casuales. En muchas oportunidades, estos eventos negativos son predecibles con solo el conocimiento de aquellos factores que condicionan un aumento de vulnerabilidad para el padecimiento de un daño definido.

La historia evolutiva del proceso de salud-enfermedad, contempla la necesidad de conocer los factores que modificaron su curso y su etiología, por tal motivo es imprescindible que el registro de muerte haya sido documentado de manera sistemática.

“... los precursores ilustres de la demografía histórica latinoamericana incluyen a Humboldt (1822), Saco (1876), Thiel (1900), Le Roy y Cassá (1913), Guerra y Sánchez (1927), Thayer Ojeda (1934), Rosemblat (1935, 1954), Besio Moreno (1939), Barón Castro (1942), y Aguirre Beltrán (1946). Tienen en común una aguda preocupación por la historia de la población y la búsqueda sistemática de fuentes de información. Bajo la notoria influencia de la escuela francesa de Louis Henry, en las décadas de 1960 y 1970 aparecieron varios grupos de investigación que abrieron el campo de la demografía histórica moderna. Nicolás Sánchez Albornoz en Rosario (Universidad Nacional del Litoral, Argentina), Rolando Mellafe en Chile (CELADE y Universidad de Chile), Altiva P. Balhana y C. Westphalen en Curitiba (Universidad Federal de Paraná, Brasil), Cecilia Rabell (Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM) y Elsa Malvido (INAH) en México, y Maria Luiza Marcilio en São Paulo (USP, Brasil), fueron los principales líderes intelectuales, y como lo prueban la publicación de diversos libros y artículos, el esfuerzo fue sostenido a lo largo de varios años ...”. (Héctor Pérez Brignoli, 2004)

## RESEÑA HISTÓRICA

A fin de que la interpretación resulte comprensiva, se realizó esta breve reseña: la ciudad de Azul en tiempo fundacional, se caracteriza por ser un fuerte de la campaña de avanzada al desierto, denominado en sus orígenes “San Serapio Mártir del Arroyo Azul”, fundado por el coronel de milicias Pedro Burgos aproximadamente en diciembre de 1832. Emplazado en el lugar que ocupa hoy el centro cívico de la ciudad, a unos 400 metros del arroyo Azul, quedando delimitado por las actuales avenidas 25 de Mayo, Mitre, Perón y calle Maipú. Antes de esta fecha, por un decreto de Juan José Viamonte del 19 de septiembre de 1829, se repartía en la nueva línea de frontera del Arroyo Azul suertes de estancias, las que fueron adquiridas por vecinos de la campaña y asociaciones ganaderas como el caso de los Anchorena, Rosas, Iraola y otros. (V. J. Porro 1962)

Desde sus comienzos significaba ya una expresión de crecimiento agropecuario, alcanzando nuevas fronteras para la ocupación y la economía. Las primeras décadas como población, estuvo ocupada en la radicación de nuevos pobladores, una fluctuante y discontinua demografía y en sus continuos altos y bajos, producidos por la constante amenaza de los algunos sectores de los pueblos originarios de la zona que se ubicaban en la margen izquierda del arroyo, hasta la zona de la actual ciudad de Olavarría. El enfrentamiento más importante entre estos sectores se produjo el 12 de febrero de 1856, que hizo retroceder a Azul varios años. (Porro, 1964)

A esta crítica situación se le suma las huestes de los caciques Catriel y Cachul que actuaban, según el momento político y las conveniencias. Este pico de violencia aumento en tierras de “San Antonio”, donde fueron diezmadas las milicias del jefe Otamendi, la derrota en “Sierra Chica” de Bartolomé Mitre, en campaña organizada desde Azul, más la derrota consecutiva del general Hornos. Así prosiguieron los ataques y la inseguridad. En 1876 el ministro de guerra del presidente, Dr. Nicolás Avellaneda, Adolfo Alsina comienza a cumplir su avance en “el desierto”. Ésta acción lo llevaría a la nueva frontera. Si bien su campaña quedó trunca con su muerte, fue seguida por la táctica ofensiva móvil que aseguró, definitivamente el triunfo sobre el indio. Así Azul cedía su privilegio y su peligro de ser frontera.

Poco después, en 1895 Azul fue declarada “ciudad”. Comenzando allí otros tiempos, con un potencial agropecuario muy importante.

A comienzo del siglo XX la sociedad está dividida en dos sectores sociocultural y económicamente opuestos: por un lado la clase dirigente y familias económicamente florecientes dedicados a actividades industriales y agrícola-ganaderas, generalmente de origen europeo, los que acceden a la utilización de los adelantos que se incorporan a la ciudad. Industrialmente contaba con molinos hidráulicos, fábricas de cerveza, jabón, grasa, aceite, queso y manteca, carruajes y licores, curtiembres y talleres de reparación de material ferroviario, entre otros.

Funcionaban 18 escuelas oficiales y 7 privadas. La actividad bancaria era intensa con dos entidades: el Banco de la Nación Argentina y el Banco Comercial de Azul, esta última es una institución financiera local dirigida por las personas más acaudaladas del partido. Para 1907 se funda la sucursal del Banco Provincia. En este momento Azul es la tercera ciudad en importancia de la provincia de Buenos Aires y su empuje incontenible. En cuanto a la vida cultural y social funciona una biblioteca popular y un teatro. En periodismo encontramos que se publicaban cuatro diarios y tres semanarios: "El Pueblo", "La Idea", "El diario del Sud", "El Imparcial", "El Romanticismo Azuleño" y el semanario literario-social "Alborado" y "Sonrisas" respectivamente para fines de ese año aparecen los diarios, "El Ciudadano" y "La Organización Obrera", como así también la revista científico-pedagógica "Bernardino Rivadavia". En 1915 se crea el Departamento Judicial del Sud-Oeste y para esa época en educación funcionan treinta y una escuelas públicas, dos internados, varios colegios privados y tres conservatorios.

Pero por otro lado estaban los habitantes que quedaban excluidos de esta pujanza, con lugar de residencia en la periferia del casco urbano, ubicados en la margen izquierda del arroyo Azul. Este sector estaba conformado por una población indígena y mestiza en condiciones de extrema miseria.

El contexto de este trabajo hace dos recortes que permiten reconstruir el paralelismo social existente, en cuanto la salubridad local. El primero es entre los años 1868 y 1872, el segundo recorte se efectuó 38 años después, de 1910 a 1915, analizando en ambos la singular toma de datos y el análisis estadístico particular de las variables registradas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El análisis de la documentación se realizó desde la metodología propuesta por la etnohistoria, concebida como el puente entre la antropología y la historia, aplicando la sistemática de la teoría antropológica a la luz de documentos escritos.

Según Auge (1995) la etnohistoria es la disciplina a la que los etnólogos recurren cuando tratan de comprender la concepción de los pueblos estudiados que se forjan de su propia historia. D.García-Rizzo (2000). Y la paleodemografía que nos permite hacer inferencias acerca del pasado de las poblaciones, reconstruyendo su tamaño y composición; utilizando los procedimientos de la demografía moderna con la diferencia que esta utiliza censos de muerte. Ubelaker (1999).

Se trabajó con documentación original de *Libros de Muertos*, en actas parroquiales de la Parroquia de Nuestra Señora del Rosario de la ciudad de Azul para el período 1868/1872, las que eran escritas por los párrocos. En este caso encontramos dos modalidades que responden a los dos sacerdotes que se sucedieron en la parroquia. Para la muestra del segundo período (1910/1915) se relevaron los libros municipales de defunciones pertenecientes a las dos necrópolis que funcionaban entonces, *Libros de asientos de defunciones del Cementerio del Oeste* (Archivo de la Municipalidad de Azul) y *Libro de asientos de defunciones del Cementerio Central* (Archivos municipales del Cementerio Central).

La muestra asciende a un total de 1651 individuos, correspondiente a la totalidad de los decesos infantiles ocurridos entre 1868/72 y 1910/1915. La primera muestra consta de 444 individuos; y por su parte, la segunda escala a 1207 individuos en total.

Los datos que se consideraron fueron: edad, la que se desglosó en siete niveles etarios; causa de muerte, las que se agruparon en diversas categorías. En la primera muestra (M1), se agruparon las causas de muertes en cinco categorías: **Digestivas:** que incluían los casos registrados como cólera, diarreas y empacho; **Neonatal:** para esta categoría agrupamos muerte del mal, prematuro, mal parto, tullido, falta de desarrollo y muerte al nacer; **Accidentes:** se estimaron ahogado, accidente, quemado y caída; **Respiratoria:** se valoraron las causas por tisis, consunción, resfrío, flujo de sangre, derrame, crup, pulmonía y tos; **Infecciosas:** se incluyeron muertes por llagas, viruela, fiebre, tétanos, fiebre cerebral, grano, pasmo; y por último se consignó la categoría **Otras:** incluyen “sin dato”, de repente, muerte natural, ataque cerebral.

Corresponde aclarar que los datos fueron relevados de las actas parroquiales, las que eran confeccionadas por los párrocos locales; como así también, describir algunos términos que muestran la ambigüedad en el registro, en tal caso:

“**Empacho**”: es definido como una "indigestión de la comida" y a su vez, el término indigestión es considerado como un "trastorno que por esta causa padece el organismo", cuando existe un alimento o alguna sustancia "que no se digiere o se digiere con dificultad. Desde el punto de vista médico nos interesa destacar por su uso clínico, la palabra dispepsia (terminología encontrada en la M2) que se la define como una "enfermedad crónica caracterizada por la digestión laboriosa e imperfecta" y coincide con la definición técnica ofrecida por el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas que relata el origen griego a partir de las partículas dys, mal y pepten, cocer, o sea, nuevamente una "digestión difícil y laboriosa de carácter crónico. Concluimos que existe una sinonimia terminológica entre empacho y dispepsia, y que otras palabras equivalentes o asociadas son ahíto, repleción gástrica, crudeza estomacal, hartazgo y embarazo gástrico. Desde un punto de vista histórico vale la pena mencionar que la palabra empacho, proviene del latín *impēdicāre*, y luego del francés antiguo, *empechier*, que se traduce como estorbar o embarazar // ahitar, causar indigestión. Si bien, se reporta que la palabra empacho es poco usada en el viejo mundo, la utilización por mestizos y criollos de toda América Latina es generalizada y cotidiana, no obstante, existen palabras amerindias que son propias y similares. En Bolivia se reconoce al empacho como una entidad morbosa pero es considerada como una forma parcial de obstrucción intestinal que se traduce en problemas de estreñimiento. En el nordeste de Argentina, los pueblos guaraníes consideran que es una enfermedad "natural" o "de Dios" pues "se origina de una mala digestión o bien por el estado físico de la persona" (Pérez-Samaniego, 1988). En la historia médica latinoamericana tenemos reportes sobre el empacho desde el siglo XVI y su continuidad en términos teóricos y prácticos hasta la actualidad, por ello su inclusión refleja la importancia, trascendencia y vigencia de una enfermedad de predominio infantil que se ha mantenido en los compartimentos de la medicina popular, y que requiere de una nueva revisión y valoración por las ciencias médicas.

Otro término que se registro fue “**Tullido**” haciendo referencia que el individuo ha perdido el movimiento del cuerpo o de uno de sus miembros. Podría tratarse de una parálisis cerebral infantil: desórdenes motores y posturales causantes de limitación en la

actividad. Su etiología podrían ser: factores perinatales todos relacionados con asfixia intrauterina.

Otro concepto que se reitera en todos los años de la M1 es el “*Pasmo*”. La creencia en el pasmo surgió desde mucho tiempo en la mente del hombre y se cree que fue relacionada en primera instancia con los casos que presentaban tétano, con la consiguiente aparición de fenómenos de contractura, espasmo y, frecuentemente, muerte. Lógicamente, con el decursar del tiempo se fue extendiendo esta idea y ya cualquier fenómeno que aparezca relacionado con esto, se denomina pasmo. Esta errónea idea pertenece ya a un pasado remoto, a la época en que llegaron los españoles a Cuba. El pasmo en realidad es la enfermedad producida por el bacilo de *Nicolaier*, perteneciente al cuarto grupo de las enfermedades infecciosas. Por este motivo se incluyó - el empacho - en la categoría de causas “infecciosas” de la M1, pues tiene una incubación de 10 a 15 días y se caracteriza por "contracturas musculares", comenzando por las mandíbulas, que generalmente se extiende por el tronco y miembros en forma de accesos paroxísticos muy violentos y dolorosos. La temperatura es elevada, sobreviniendo frecuentemente la muerte. Por simples hechos como planchar de noche, bañarse después de planchar o de tostar café, exponernos a la luz de la luna no se producirá el pasmo. Muchas de estas ideas se conservan por tradición.

Por último debemos referirnos a un signo evidente que fue considerado como enfermedad, a un estadio inicial de enfermedades venéreas: “*Llaga*” que fue incluido por este motivo en el grupo de enfermedades infecciosas. Las ETS sífilis y gonorrea en su instancia inicial sintomatizan con la aparición de chancro: una pequeña llaga o úlcera abierta e indolora en los genitales, la boca, la piel o el recto que debe sanar por sí sola en 3 a 6 semanas. Seguramente en las defunciones infantiles registradas en la M1 corresponden a la transmisión materno-infantil de la sífilis congénita y gestacional.

La segunda muestra (M2) se agrupó en siete categorías de causas de muerte: *Respiratorio, Neonatal, Digestivo, Cardiovascular, Nervioso, Accidente y Otras*. Encontrando un registro más ajustado, donde se describen las siguientes patologías:

*Neonatal*: son los párvulos que no superaban el primer mes de vida. En los registros figuraba como etiología de muerte las siguientes: nació muerto, falta de desarrollo, debilidad congénita, prematuro, tétano infantil.

*Sistema Respiratorio*: involucraba las siguientes patologías: bronquitis capilar, bronconeumonía, síncope respiratorio, neumonía (doble y unilateral), tuberculosis o tisis,



congestión pulmonar, edema pulmonar, enfisema pulmonar, mal de Pott, hemoptisis, bacilosis pulmonar.

*Sistema Nervioso:* meningitis, meningitis tuberculosa, apoplejía cerebral, congestión cerebral, convulsiones, parálisis cerebral, anemia cerebral, hidrocefalia, hemorragia cerebral, reblandecimiento cerebral, delirium tremens.

*Sistema Digestivo:* gastroenteritis, gastroenterocolitis, invaginación intestinal, enteritis crónica, disentería, oclusión intestinal.

*Aparato Cardiovascular:* endocarditis, miocarditis, pericarditis, parálisis cardíaca, asistolia, insuficiencia mitral.

*Atrepsia:* se trató en forma independiente por el número de casos. También conocido como “marasmo”. Se trata de una atrofia progresiva y gradual del cuerpo que se manifiesta en niños, y es causada por depresión proteica y calórica.

*Trastornos en la alimentación:* ayuno, anemia, caquexia.

*Eclampsia:* en realidad el niño no sufría de esta patología si no que su madre durante el embarazo y puerperio la adquiría, y en el niño dejaba secuelas tan grandes que muchas veces terminaba con la vida del infante. (Dox, Melloni, Eisner1995)

*Accidentes:* asfixia por sumersión, aplastamiento, envenenamiento, intoxicaciones, politraumatismos, quemaduras.

*Otras enfermedades:* en esta categoría se seleccionaron las enfermedades poco frecuentes como: septicemia, coqueluche, raquitismo, escarlatina, hidatidosis, diabetes, osteomielitis, gangrena, púrpura, hemorragias, etc.

Con estos datos se realizaron diferentes estudios estadístico descriptivos conforme a normas internacionales. Se calcularon curvas específicas como la de mortalidad, el porcentaje de individuos en cada categoría y por edad mostrando un perfil demográfico de la población; y la de supervivencia, que es la inversa de la anterior indicando el porcentaje en una población, partiendo del 100% cuantos quedan vivos en cada categoría de edad estudiada. Es decir, muestra el número de sobrevivientes. Se discutió la etiología de muerte, relacionándola con la problemática que surge con las diferentes modalidades en cuanto a la toma de datos y agrupamiento de los mismos; efectuándose tablas y gráficos que lo demuestran.

## RESULTADOS

El tratamiento de los datos estadísticos arrojaron los siguientes resultados que a continuación se describen: el total de la muestra fue de 1651 individuos, divididos en dos grupos que abarcan diferentes períodos históricos, el primero de ellos desde 1868 a 1872 en la que se registró un *n muestral* de 444 individuos, correspondientes a todos los niños muertos de 0 a 12 años de edad, los cuales se agruparon en siete niveles etarios: de 0 a 5 meses, de 6 meses a 11 meses, de 1 a 3 años, de 4 a 5 años, de 6 a 7 años, de 7 a 8 años de 8 a 9 años y por último de 10 a 12 años.

Se calculó la cantidad de casos por edad y años de registro (tabla 1 y gráfico 1) y se observó que en 1868 hubo 74 defunciones infantiles de las que 37 (50%) corresponden a la categoría 0 a 5 meses, 8 de 6 a 11 meses, 17 individuos de 1 a 3 años, 5 de 4 a 5 años, 2 de 6 a 7 años, 4 de 7 a 8 años de 8 a 9 años y por último 1 niño de 10 a 12 años. Para 1869 el total fue de 46 individuos divididos en 26, 5, 6, 2, 2, 1, 4 respectivamente. En 1870, el total fue de 97 menores, divididos - según las categorías de edad antes mencionadas - en 54, 17, 13, 6, 2, 3 y 2. De igual manera, para 1871 los 90 casos se agrupan en 14, 18, 5, 1, 5 y 2; y por último, durante 1872, el registro asciende a 137 debido a la epidemia de viruela. En la tabla se ve a las claras que los niños más pequeños fueron los más vulnerables a la enfermedad.

En la M2 el *n muestral* asciende a 1207 individuos que se dividieron en los mismos niveles etarios que en la M1 (tabla 2 y Gráfico 2), arrojando para 1910 un total de 197 defunciones, en 1911 los individuos ascienden a 210 niños, en 1912 233 infantes, para 1913 se registraron 207 niños, y en 1914 y 1915 168 y 192 casos respectivamente, la división por rango etario se observa en la (tabla 2).

Con respecto a las causas de muerte, para la M1 se agruparon en cinco categorías: *Digestivas, Neonatal, Accidente, Respiratoria, Infecciosa y Otras*, habiéndose descripto cada una de ellas en el apartado “material y método”.

En tabla 3 y gráfico 3 (cantidad de casos por causas y años) se observa que la mayor incidencia se da en el año 1872, en la categoría de enfermedades infecciosas debido a un brote de viruela, al que se le suman las patologías y padecimientos ya considerados para esa categoría. En segundo término se encuentra “otras”, el número resulta significativo y la mayoría de los episodios se registran en el año 1871.

En la tabla 4 y gráfico 4 del período 1910 /1915 el agrupamiento se realizó en las siguientes categorías: respiratorio, neonatal, digestivo, cardiovascular, nervioso, accidente y

otro; debido a que el registro de datos fueron diagnosticados por profesionales médicos, restringiendo de esta manera la ambigüedad planteada para la M1 y desechando toda utilización de terminología vulgar o popular.

Las causas más frecuentes de mortalidad están presentes en las categorías de neonatal, respiratorio y digestivas, creemos que esto es consecuencia de incluir los datos del Cementerio del Oeste (población indígena) que en la M1 no fueron consignados.

Los datos de salubridad se ven reflejados en las curvas de **Mortalidad** y de **Supervivencia**. La curva de Supervivencia muestra la probabilidad que tienen al nacer los individuos de una población de alcanzar una determinada edad. La probabilidad decrece desde 1 para los individuos nacidos vivos hasta hacerse 0 a la edad máxima de la población (tabla 5 y grafico 5), como ya explicamos en el ítem “material y métodos” es inversa a la de mortalidad, mostrando claramente similitud en porcentajes de supervivencia de los niños: la M1 tenía una expectativa de vida similar a la M2, pero hay que tener en cuenta que en la M1 se registró en el año 1872 una grave epidemia de viruela donde se incrementaron significativamente las muertes de los infantes, mientras que los valores de la M2 son elevados al incluir en ella los decesos de la llamada Villa Fidelidad. Ésta zona era donde residía la población aborígen originaria, que tras el derrocamiento de Rosas, se encontraban casi en la indigencia extrema que bien describe Bartolomé Ronco en 1946 diciendo: “... los toldos habían sido reemplazados por construcciones rústicas de paja y barro, algunas con techos metálicos, en su mayoría con aspecto de tapera o inclinaciones de derrumbe. Lo más nutrido de la población, estaba formado por mujeres, en gran medida porque los hombres se habían dispersado en busca de trabajo. Asombra el crecido número de chicuelos y la extrema miseria en que vivían, casi desnudos, flacos y mugrientos...”. Descripción que se ve reflejada en la realidad sanitaria, que inciden en forma directa con el número elevado de mortalidad infantil cuyas causas de muerte reitera patologías como neonatales, raquitismo, tuberculosis, frecuentes casos de marasmo e infecciones.

De la tabla de supervivencia se obtuvo inmediatamente una de mortalidad, ya que el número de fallecimientos de personas de  $x$  años de edad viene dado a partir de los supervivientes a las edades  $x$  y  $x+1$ .

La tabla y curva de mortalidad (tabla 6 y gráfico 6) nos muestra un perfil demográfico donde el punto de partida de la M1 y la M2 es muy alto, reflejando en ambas muestras que más del 60% de las muertes ocurren en el primer año de vida siendo en el nivel

etario 0 a 6 meses el de mayor incidencia. Luego, hay una abrupta caída de los valores, aunque la incidencia de decesos sigue siendo notoriamente numerosa hasta los rangos etarios que abarcan desde los 8 hasta los 12 años, trayecto que la curva parece estabilizar su pendiente y los datos fluctúan en menor medida, superponiéndose los registros de ambas muestras.

## CONCLUSIONES

Del análisis de los datos de la primer muestra estudiada, años 1868/1872, se desprende que durante el siglo XIX en Azul, el asiento de las actas de muerte se realizaban en las parroquias y los datos que en ellas se volcaban muchas veces resultaban ambiguos, debido a los escasos conocimientos médicos de los religiosos, quienes registraban un síntoma como patología etiológica del deceso o el nombre popular y/o vulgar que se le daba a ciertas enfermedades, corriendo el riesgo de una misma denominación para más de una patología. Esto sin dudas nos resulto inconveniente al agrupar las categorías de causas de muerte. Además observamos que para esa fecha no se registraban los decesos de la población pertenecientes a los pueblos originarios.

Otro de los problemas que encontramos es que las actas parroquiales no eran refrendadas por profesionales de la salud, sino que lo eran por la autoridad eclesiástica y dos testigos, como se puede observar en las constancias “... *el infrascripto Cura Vicario del Partido ... y según el testimonio de ... y de ...*”, - estos últimos los dos testigos indicados -; advirtiéndose que uno de ellos se reiteraba en la mayoría de las actas.

Con respecto a la segunda muestra estudiada, se debe aclarar que corresponde a un periodo posterior a la creación del Registro Civil en la provincia de Buenos Aires en 1889 - donde se universaliza la forma de registro de los datos -, observándose que las defunciones eran registradas en libros municipales y en el caso de Azul, donde funcionaban dos necrópolis simultáneamente (Cementerio del Oeste y Cementerio Central), del análisis de los libros hallamos que la grilla contiene muchos más datos y que en todas las oportunidades la causal de muerte es certificada por un médico, el que especifica con rigor científico acorde al conocimiento y la semiología de la época.

Además, vemos un incremento muestral importante, el que atribuimos a la incorporación del total de la población y no solo la que practicaba la religión oficial, quedando incluido de este modo los pueblos originarios.

#### ANEXO – TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1: Cantidad de casos por edad y años – Muestra 1

	1868	1869	1870	1871	1872	TOTAL
<b>0-5m</b>	37	26	54	45	56	218
<b>6-11 m</b>	8	5	17	14	21	65
<b>1-3a</b>	17	6	13	18	29	83
<b>4-5a</b>	5	2	6	5	11	29
<b>6-7a</b>	2	2	2	1	9	16
<b>8-9a</b>	4	1	3	5	5	18
<b>10-12a</b>	1	4	2	2	6	15
<b>TOTAL</b>	74	46	97	90	137	444

GRAFICO 1: Mortalidad por Edad – Muestra1

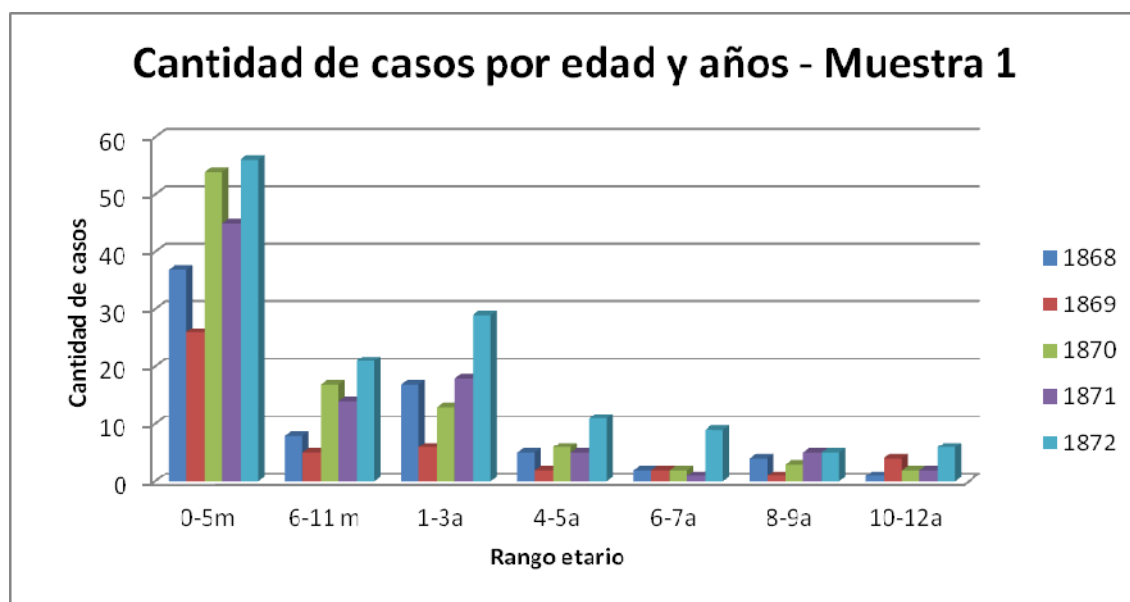


TABLA 2: Cantidad de casos por edad y años – Muestra 2

	1910	1911	1912	1913	1914	1915	TOTAL
<b>0-5m</b>	117	119	140	89	99	117	681
<b>6-11 m</b>	20	39	36	34	32	23	184
<b>1-3a</b>	31	25	37	42	21	25	181
<b>4-5a</b>	9	7	7	15	3	8	49
<b>6-7a</b>	5	10	5	11	5	7	43
<b>8-9a</b>	7	5	4	6	3	4	29
<b>10-12a</b>	8	5	4	10	5	8	40
<b>TOTAL</b>	197	210	233	207	168	192	1207

GRAFICO 2: Mortalidad por Edad – Muestra2

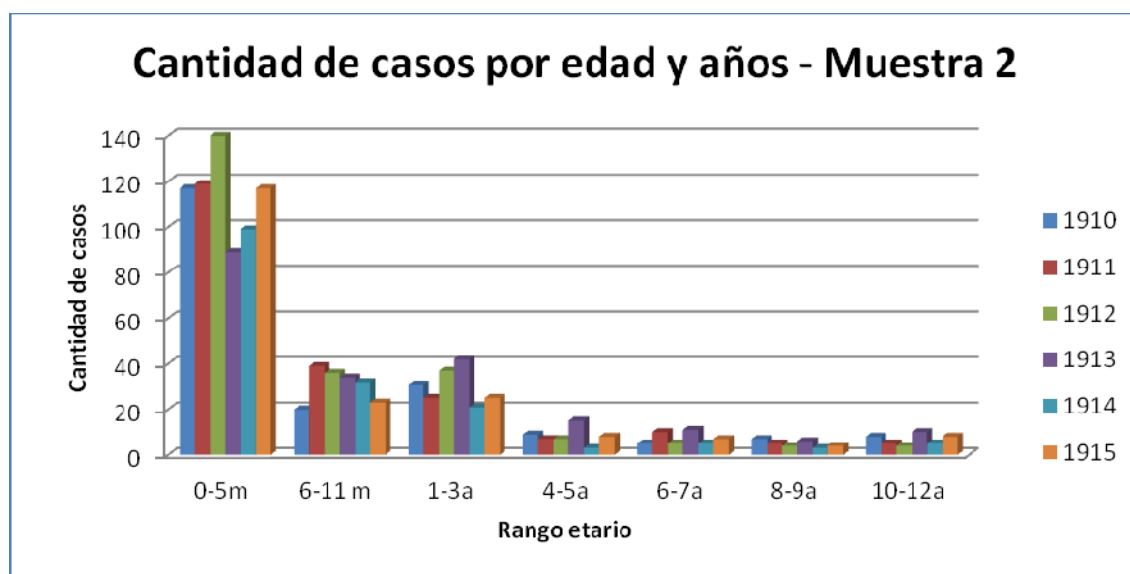


TABLA 3: Cantidad de casos por causas de muertes y años – Muestra 1

	DIGESTIVO	NEONATAL	RESPIRATORIO	INFECCIOSAS	ACCIDENTES	OTRAS	TOTAL
<b>1868</b>	16	1	11	45	1	0	74
<b>1869</b>	1	9	9	23	1	3	46
<b>1870</b>	2	19	7	63	1	5	97
<b>1871</b>	6	7	11	33	5	28	90
<b>1872</b>	8	7	13	102	0	7	137
<b>TOTAL</b>	33	43	51	266	8	43	444

GRAFICO 3: Causas de muerte – Muestra 1

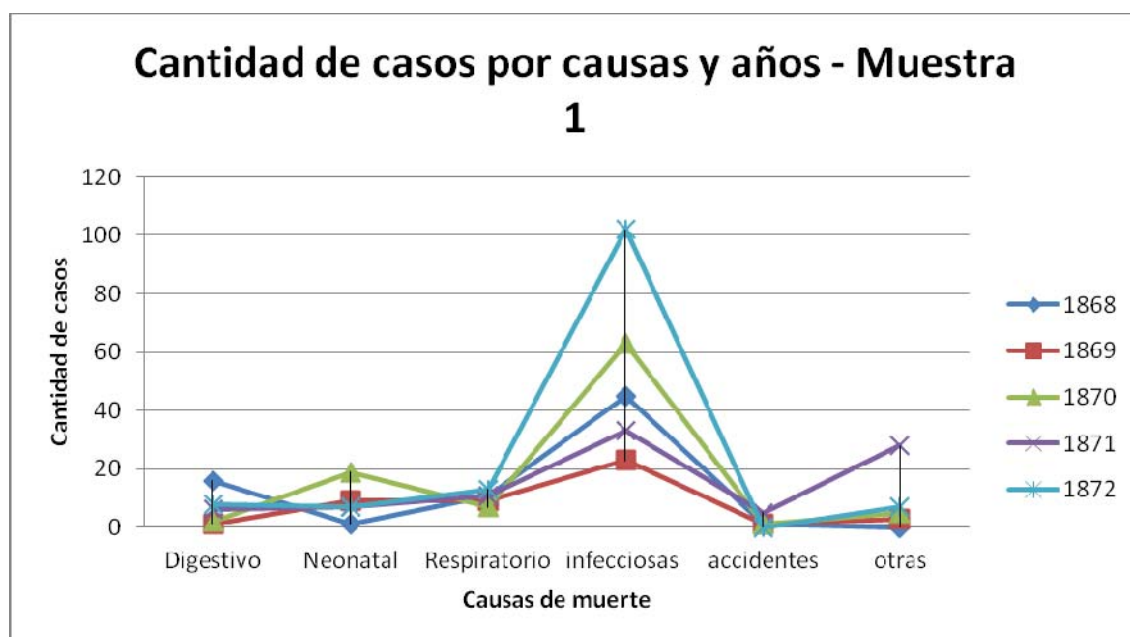


TABLA 4: Cantidad de casos por causas de muertes y años – Muestra 2

	RESPIRATORIO	NEONATAL	DIGESTIVO	CARDIOVASC	NERVIOSO	ACCIDENTE	OTRO	TOTAL
<b>1910</b>	32	91	32	4	20	6	9	194
<b>1911</b>	47	96	39	7	16	2	3	210
<b>1912</b>	48	91	56	0	23	8	6	232
<b>1913</b>	47	70	53	5	22	2	8	207
<b>1914</b>	23	83	36	4	12	2	7	167
<b>1915</b>	24	86	41	4	32	2	8	197
<b>TOTAL</b>	221	517	257	24	125	22	41	1207

GRAFICO 4: Causas de muerte – Muestra 2

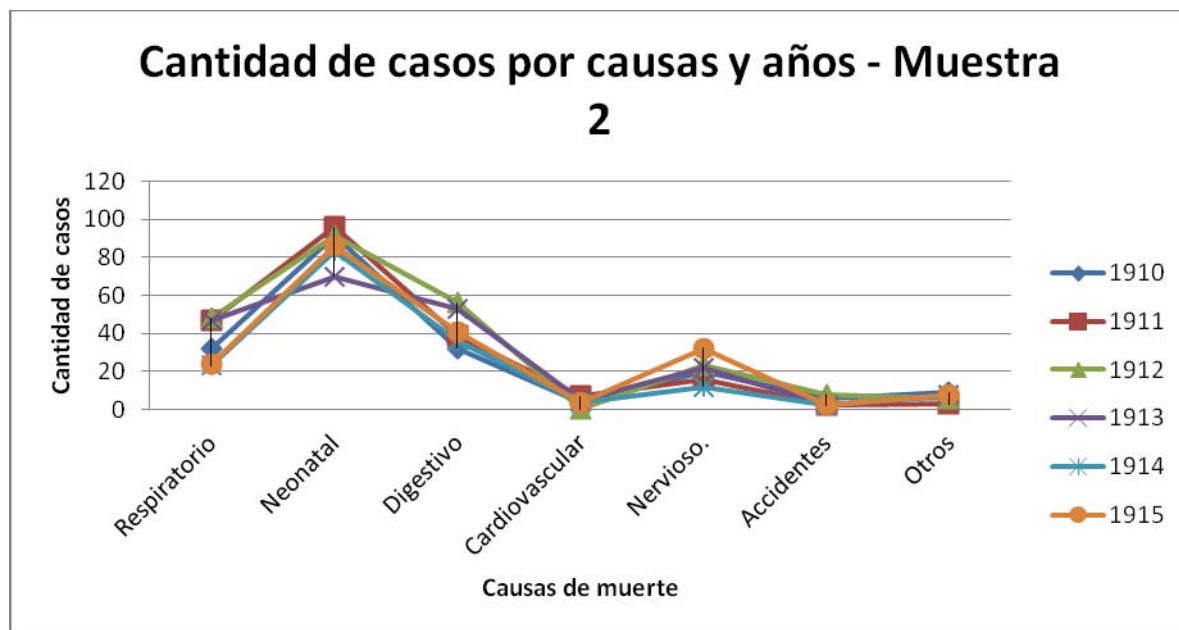
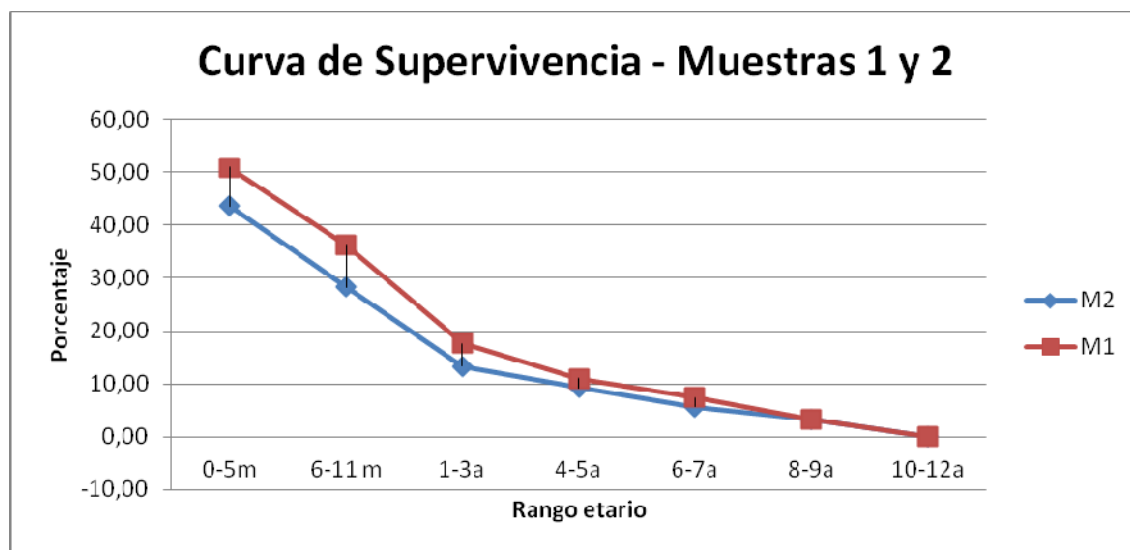
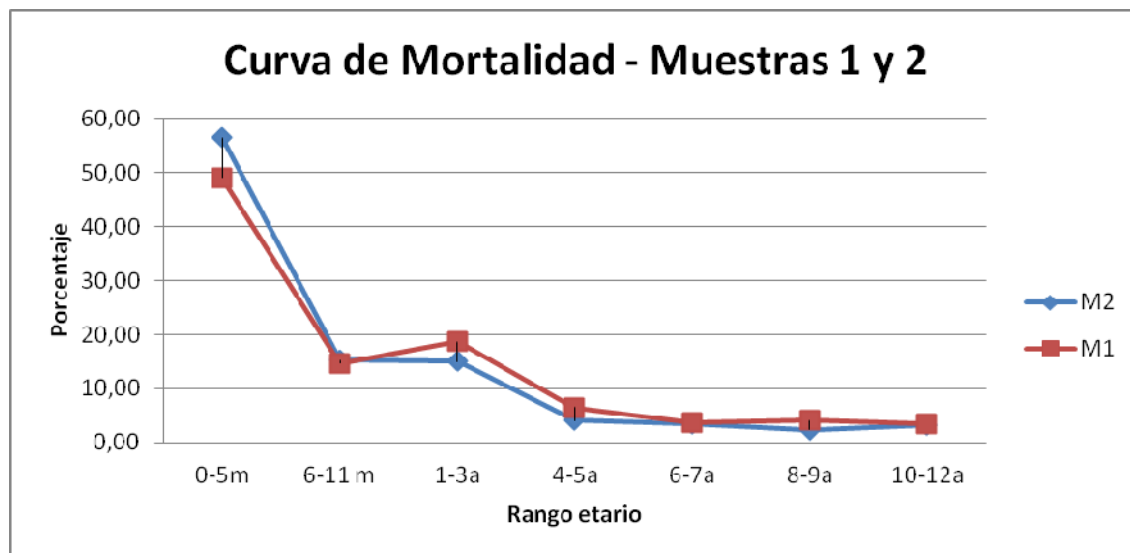




TABLA 5: Tasas de mortalidad y supervivencia de las Muestras 1 y 2 (en porcentaje)

	MORTALIDAD		SUPERVIVENCIA	
	M2	M1	M2	M1
<b>0-5M</b>	56,42	49,10	43,58	50,90
<b>6-11 M</b>	15,24	14,64	28,33	36,26
<b>1-3A</b>	15,00	18,69	13,34	17,57
<b>4-5A</b>	4,06	6,53	9,28	11,04
<b>6-7A</b>	3,56	3,60	5,72	7,43
<b>8-9A</b>	2,40	4,05	3,31	3,38
<b>10-12A</b>	3,31	3,38	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>	100,00	100,00	100,00	100,00

GRAFICO 5: Curva de Mortalidad y Supervivencia de las Muestras 1 y 2



## BIBLIOGRAFÍA

- Adam, S. 1999. Primeros propietarios rurales, en el partido de Azul, Prov.de Buenos Aires. Utilizando las marcas de ganado como fuente documental. En III Jornadas Chivilcoyanas en Cs. Sociales y Naturales. pp 13-20
- Adam, S. 2001. Estudio de registros parroquiales en los albores de un pueblo de frontera indígena bonaerense”. Publicado en “Milenio” ISBN 987-98845. pp 25-27. Centro de Estudios en Ciencias Sociales y Naturales de Chivilcoy. Ed. Caggiano, M. A., Chivilcoy
- Auge, M. 1995. Hacia una Antropología de los mundos contemporáneos. Gedisa, Barcelona
- Borrero, R. 1992. Azul la avanzada en el desierto. Imprenta de Azul, Azul
- Gobierno de Chile. 2011. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.
- González Martínez, C. 2011. Los cambios demográficos del siglo XIX. Blog Historia del siglo XIX. <http://suite101.net/historiasigloxix>
- Gonzalvo Cirac, M. 2011. El descenso irreversible de la mortalidad en el siglo XX en la provincia de Tarragona. Analisis demografico y epidemiologico. Universitat Internacional de Catalunya. Departament d'Humanitats
- Libro de Muertos I, II, III y IV. Archivo Parroquial. Iglesia Ntra. Sra. Del Rosario. Azul Prov. Bs. As.
- Libro de asientos de defunciones del Cementerio del Oeste. Archivo Municipal de Azul.
- Libro de asientos de defunciones del Cementerio Central. Archivo del Cementerio Municipal.
- Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de políticas, regulación e institutos. Dirección de estadísticas e información de salud. 2011. Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo - Año 2009.
- Morano, J. 1997. Tratado de Pediatría. Segunda edición. Ed. Atlante.
- Pérez Brignoli, H. 2004. Los caracteres originales de la demografía histórica latinoamericana. Universidad Estadual de Campinas. <http://www.unicamp.br/unicamp/>
- Porro, V. 1962. Algunos datos sobre el Azul antiguo. Diario El Tiempo. 16 de diciembre, Azul
- Porro, V. 1964. Antecedentes del Centenario de Azul. Ed. Diario del Pueblo, Azul
- Rizzo, A. 1995. La Etnohistoria Americana en la actualidad: La pluralidad y la diversidad. En Jornadas de encuentro Argentino- Gallego, Universidad de Vigo y Consulado Argentino

- Ubelaker, D. 1999. Human Skeletal Remains. Excavación, analysis, interpretation". Cap 5. Dinámica poblacional prehistórica. pp 87-97